

Liebe Patienten,  
wir möchten, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und sagen Sie uns, was Ihnen an unserer Praxis gefällt und was Ihrer Ansicht nach verbessert werden kann!

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen nach folgendem Bewertungsschema:

1	2	3	4	5	6
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend

1. Wie war Ihr erster Eindruck	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
- am Telefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- beim Empfang in der Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- im Behandlungszimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wie gefällt Ihnen die Einrichtung im Empfang und im Wartebereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gehen wir bei der Terminvereinbarung genügend auf Ihre zeitlichen Wünsche ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Werden die vereinbarten Behandlungstermine auch pünktlich eingehalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fühlen Sie sich ausreichend über unser Behandlungsangebot informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sind Sie mit der Qualität unserer Behandlung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wurden Sie zuvorkommend und freundlich betreut						
von der Zahnärztin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
von den Mitarbeiterinnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Wie beurteilen Sie die Atmosphäre in unserer Praxis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben wir Ihnen genügend Zeit gewidmet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sind Sie mit unseren Behandlungszeiten zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?						
<input type="radio"/> Ich bin schon lange Patient in dieser Praxis						
<input type="radio"/> Ihre Praxis wurde mir empfohlen						
<input type="radio"/> Günstige Lage der Praxis						
<input type="radio"/> Andere Gründe: _____						

12. Gibt es Behandlungsschwerpunkte, die Ihnen besonders wichtig sind?  
\_\_\_\_\_

13. Gibt es etwas, das Ihnen bei uns ganz besonders gefällt?  
\_\_\_\_\_

14. Was könnten wir Ihrer Meinung nach besser machen?  
\_\_\_\_\_

15. Wünschen Sie sich mehr Informationen über unsere Serviceangebote? O ja                      O nein

16. Können Sie uns weiter empfehlen? O ja                      O nein, weil  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für uns Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam Sabine Vogl